

Posparto y calidad de vida

SANDRA MARTÍNEZ BUSTELO

Profesora Titular E.U. Fisioterapia. A Coruña

1. INTRODUCCIÓN

En la sociedad del bienestar de las culturas occidentales, la calidad de vida de la mujer en la etapa maternal no sólo debe abarcar la fase de gestación y parto, sino también la fase posnatal. Esta calidad de vida posparto depende de varios factores, tanto socio-laborales como físicos y psíquicos, siendo éstos dos últimos a menudo desatendidos por las instituciones sociosanitarias y políticas en nuestro país. Esta realidad es muy diferente en países vecinos como Francia y Bélgica, donde las mujeres disponen de 10 sesiones de recuperación posparto cubiertas por el sistema mutualista, o en Reino Unido y los países nórdicos, con programas pre y posparto instaurados en la sanidad pública y en la cultura tanto de las mujeres como del personal sanitario.

Dentro de los programas de educación maternal, deben de realizarse intervenciones en el posparto, cuyo objetivo ha de ser recuperar aquellas estructuras que han sufrido alteraciones y/ o disfunciones durante la gestación y el parto. Esta fase de recuperación posnatal contribuirá a mejorar la calidad de vida de las mujeres y a prevenir disfunciones a medio y largo plazo con elevada incidencia posparto.

Cuadro 1: disfunciones de elevada incidencia en el posparto

incontinencia urinaria
dolor lumbar
dolor sacroilíaco
coccigodíneas
dispareunias (dolor en la relaciones sexuales con penetración)

2. RECUPERACIÓN POSPARTO

Para conseguir estos objetivos anteriormente mencionados, la intervención posparto se centrará en la recuperación de tres regiones corporales principales:

- musculatura y fascias del suelo pélvico
- musculatura y fascia de la región abdominal
- articulaciones de la región lumbopélvica, pubis y cóccix.

El programa de recuperación posparto se debe iniciar de forma temprana tras el parto, abarcando hasta el cuarto mes postparto incluido.

Cuadro 2: temporalización del programa de recuperación posparto

- Período posparto inmediato (24 h posparto-4 semanas)
- Período de recuperación temprana (4 semanas-12 semanas)
- Período de recuperación tardía (desde 3º hasta el 5º mes posparto)

2.1. Suelo pélvico

En el caso de los partos vaginales, los tejidos musculoaponeuróticos y nerviosos del suelo pélvico sufren una gran distensión e incluso lesión, especialmente en los casos donde se realizan episiotomías y partos instrumentales. Como consecuencia, la mujer en el posparto presenta frecuentemente hipotonía, pérdida de fuerza, pérdidas de orina y dispareunia.

La incontinencia urinaria más frecuente en el posparto es la denominada de esfuerzo, es decir, aquella pérdida que se produce al realizar un esfuerzo tal como toser, coger un peso o correr por debilidad e hipotonía de la musculatura esfinteriana. Se trata de una patología de una elevada incidencia en el posparto, que además de la disfunción física conlleva una repercusión a nivel tanto social como psicológico y económico para la mujer.

Además de las pérdidas de orina, la mujer presenta también frecuentemente prolapsos de los órganos pélvicos, como consecuencia de la distensión de los músculos, ligamentos y fascias pélvicas durante la gestación y el parto vaginal. Los prolapsos más frecuentes son los de uretra y vejiga (uretrocele, cistocele) y el de útero (histocele).

Cuadro 3: diferentes denominaciones del prolapso según el órgano pélvico afectado

Órgano pélvico	prolapso
Vejiga	cistocele
Uretra	uretrocele
Útero	histocele
Recto	rectocele
Asa intestinal a nivel del	enterocele
Saco de douglas	

Si la musculatura del periné no se recupera después del parto, a medio plazo estos prolapsos pélvicos tienden a aumentar, llegando a tener que intervenir quirúrgicamente. Diversos factores contribuyen al aumento del prolapso en casos de periné hipotónico, tales como embarazos y partos posteriores, deportes de carga y alto impacto, y las profesiones con levantamiento de carga.

Los ejercicios de recuperación perineal posparto pueden empezarse a las 24 horas después de dar a luz, realizando contracciones de poca intensidad de fuerza en decúbito supino en fase espiratoria, para evitar generar presiones excesivas sobre el periné.

Durante la primera fase posparto se realizará especial hincapié en la propiocepción del suelo pélvico, alterada tras el parto, diferenciando tanto el periné anterior superficial

(músculos bulvocavernosos, isquiocavernosos, esfínter uretral), como el periné posterior (esfínter anal) y el plano profundo del suelo pélvico (músculo elevador del ano)

Los ejercicios de recuperación temprana posparto del suelo pélvico deben de trabajar principalmente las fibras tónicas denominadas tipo I, ya que histológicamente representan el 70% de las fibras musculares del periné y son las responsables del tono del suelo pélvico. Menor dedicación se prestará a los ejercicios de fibras tipo II o fásicas, responsables del 30% restante y de la fuerza del periné.

Cuadro 4: tipo de ejercicios del suelo pélvico

Fibras tónicas tipo I

Submáxima

50-75% de la fuerza máxima del periné

Tiempos largos de contracción 5-10 segundos

Muchas repeticiones

Varias series

Fibras fásicas tipo II

Máxima

100% de la fuerza máxima del periné

Tiempos muy cortos, 1-2 segundos de contracción

Pocas repeticiones

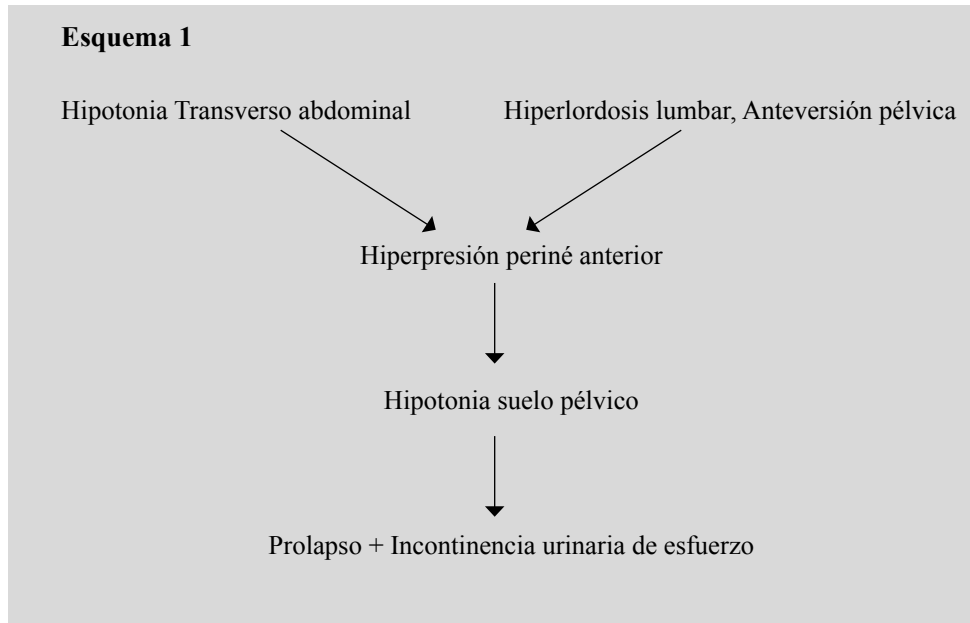
Pocas series

En la fase tardía, los ejercicios del suelo pélvico se integrarán en ejercicios complejos de coordinación con otros grupos musculares como músculos abdominales oblicuos y transversos, músculos pélvicos y de miembros inferiores. También hemos de integrar la contracción del periné en las actividades de la vida diaria, actividades deportivas y laborales.

2.2. Región abdominal

La musculatura, fascia y piel de la pared abdominal sufre una gran distensión durante el embarazo, lo cual hace imprescindible la recuperación abdominal posparto para

evitar disfunciones no sólo estéticas sino también posturales y del suelo pélvico (ver esquema 1). Esta agresión sobre la región abdominal es aún mayor en los casos de partos por cesárea.



Para recuperar la tonicidad y funcionalidad de la pared abdominal debemos tonificar en fase espiratoria los músculos estabilizadores lumbares, es decir, el transverso abdominal y el oblicuo interno, que además de estabilizar la columna lumbopélvica, protegen al periné anterior de presiones excesiva intraabdominales y contribuyen a cerrar la diástasis abdominal. Por el contrario, evitaremos realizar ejercicios clásicos abdominales con contracción del recto anterior al generar excesiva presión sobre un periné en fase de recuperación (ejercicios abdominales con palanca de los miembros inferiores, con palanca del tronco y miembros superiores).

2.3. Región lumbo-pélvica

Otra de las disfunciones de elevada incidencia en el posparto es el dolor lumbar y pélvico posterior, debido principalmente a la postura y sobrecarga mecánica de la región lumbar y articulaciones sacroilíaca durante el embarazo.

El dolor a nivel de la musculatura dorsal e interescapular es otra de las disfunciones presentes en el posparto, asociada con el gesto repetido y mantenido de sostener el bebé en posiciones no ergonómicas. De ahí la importancia de incluir consejos ergonómicos para la mujer en los cuidados diarios del bebé dentro del programa posnatal.

También en ocasiones la mujer refiere molestias en el pubis y cóccix tras el parto, especialmente en casos de bebés macrosómicos y partos instrumentales.

Para prevenir y aliviar estas disfunciones, en la fase posparto se realizarán ejercicios de estiramiento de la musculatura dorsolumbar y pélvica, junto con ejercicios de tonificación de la musculatura pelvitrocantérea estabilizadora del anillo de la pelvis.

Cuadro 5: ejercicios de estiramiento y tonificación

Ejercicios de estiramiento

- músculos paravertebrales dorsales
- músculos de la cintura escapular
- músculos paravertebrales lumbares
- músculos cuadrado lumbar y dorsal ancho
- músculos psocas-ilíaco
- músculo piramidal

Ejercicios de tonificación

- músculos glúteo mayor, mediano y menor
- músculos cuádriceps
- músculos rotadores internos y externos
- músculos abductores y adductores
- músculos isquitibiales

En aquellos casos donde el dolor persista a nivel del cóccix, pubis o sacroilíaca, será necesario la manipulación de las articulaciones y tratamiento de los tejidos periarticulares por parte de un fisioterapeuta especializado en disfunciones del suelo pélvico, evitando que la disfunción se cronifique y se prolongue en el futuro con frecuentes recidivas.

3. CONCLUSIONES

Si bien la recuperación posparto es un campo en desarrollo en nuestro país, es cierto que en este siglo de la información la población femenina demanda cada vez más este tipo de atención después de dar a luz. Sin embargo, a nivel clínico se detecta todavía una carencia en la falta de medios, espacios y formación del personal sanitario, con escasa colaboración interdisciplinar de diferentes profesionales relacionados con la maternidad tales como el ginecólogo, la matrona, el fisioterapeuta y el licenciado en educación física.

El éxito de la recuperación de la madre después del parto, y la prevención de las posibles disfunciones perineales, abdominales, y pélvicas, pasa sin duda por el abordaje multidisciplinar y el trabajo en equipo de todos estos profesionales. Sólo de esta forma conseguiremos mejorar la calidad de vida de la mujer en el posparto.

BIBLIOGRAFÍA

Gasquet, B. (2003). *Abdominaux: arrêtez le massacre*. Paris: Robert Jauze.

Gasquet, B. (2001). *Bien-être et maternité*. Paris: Implexe.

Grosse, D. (2001). *Reeducación del periné*. Barcelona: Masson.

Höfler, H. (2001). *Gimnasia para la zona pélvica*. Barcelona: Editorial Hispano Europea.

Mason, L.(2001). The relationship between ante-natal pelvic floor muscle exercises and postpartum stress incontinence. *Physiotherapy*. 87 (12), 651-658.

Sapsford, R. (2001). The pelvic floor. *Physiotherapy*. 87 (12), 620-630.

Stephenson, G. (2001). *Obstetric and gynecologic care in physical therapy*. 2ª Edición. USA: SLACK incorporated.

Walker, C.(2008). *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología*. Barcelona: Editorial Masson.